

Les Torsions de l'Epiploon

DANS LES HERNIES

CLINIQUE de M. le PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel FIÈRE

né le 5 mars 1895, à Albon (Drôme)



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE

ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1922

Les Torsions de l'Epiploon

DANS LES HERNIES

Les Torsions de l'Epiploon

DANS LES HERNIES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel FIÈRE

né le 5 mars 1895, à Albon (Drôme)



LYON

—
Imprimerie Jean DEPRELLE
ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ
Doyen. MM. J. LÉPINE
Assesseur. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
		ROQUE
Cliniques chirurgicales	}	BARD
		TIXIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BERARD
		COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants		WEILL
Clinique des maladies des femmes		POLLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires		ROCHET
Clinique chirurgicale des maladies des enfants		NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		CLUZET
Chimie biologique		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie		MOREL
Matière médicale et Botanique		X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GUIART
Anatomie		LATAPJET
Histologie		POLICART
Physiologie		DOYON
Pathologie interne		COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales		MOURIQUAND
Anatomie pathologique		PAVIOI
Chirurgie opératoire		VILLARD
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING (F.)
Médecine légale		ETIENNE MARTIN
Hygiène		COURMONT (P.)
Thérapeutique		PIC
Pharmacologie		MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargés d'un cours de :	Pathologie externe	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	BONNET
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE G.	NOEL, chargé des
CADE	COTTE	ROCHAIX	fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; THÉVENOT Léon, Assesseur
MM. COTTE et DUROUX, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE GLORIEUSE DE MON FRERE PAUL

A MON PERE

A MA MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ PAUL BONNET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

A MES JUGES

INTRODUCTION

Nous avons entrepris l'étude de la torsion du grand épiploon dans les hernies, à l'occasion d'une observation très caractéristique de cette lésion qu'il nous a été permis d'étudier à l'Hôtel-Dieu dans la clinique de M. le Professeur Tixier.

Nous avons dans ce but réuni un nombre assez important d'observation (43), et, bien que cette question ait été remarquablement résumée dans les traités classiques (Traité des Hernie, par Jaboulay et Patel) et reprise récemment dans un travail d'Aimé sur « la Chirurgie du Grand Epiploon », nous n'avons pas renoncé à publier notre étude plus riche d'observations nouvelles et limitée avec intention à la torsion de l'épiploon dans les hernies.

Notre contribution personnelle sera du moins d'ajouter à cet édifice deux observations parues depuis 1920 : une de M. le Professeur agrégé Patel ; une autre, inédite, de M. le Professeur Tixier. Nous ferons figurer enfin, à la suite de notre travail, une bibliographie que nous avons consultée complètement.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Professeur Tixier : nous avons eu la faveur de suivre ses leçons, et la bienveillance qu'il nous a montrée dans son service, l'affabilité qu'il nous a sans cesse témoignée n'ont d'égaux

que la haute valeur clinique de son enseignement. Nous tenons à lui en exprimer toute notre gratitude.

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par M. le Professeur agrégé Paul Bonnet, c'est grâce à ses conseils et ses bons avis que nous avons pu terminer heureusement nos études, et c'est de tout cœur que nous lui adressons nos remerciements les plus sincères.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Lyon Médical, 25 mars 1922.

Un cas de Torsion Intra-Herniaire du grand Épiploon.

M. Duclos présente la pièce au nom de M. Patel.

La hernie date de 30 ans. Le malade, âgé de 58 ans, porte un bandage et ne souffre pas.

Brusquement, à son lever, le 17 novembre, la hernie devint douloureuse et irréductible, pas d'arrêt des gaz et des matières, pas de vomissements, le pouls est bon, température 38°. Inquiet, le malade entre cependant à l'hôpital et l'on constate une hernie volumineuse inguinale droite, mate et douloureuse. On pense à un étranglement de l'épiploon.

A l'intervention, on trouve en effet le grand épiploon en entier comprimé dans un sac à trois renflements. Au collet, on voit apparaître le colon transverse, et au fond du sac l'épiploon a contracté des adhérences au milieu, entre deux zones nettes de torsion l'épiploon forme un épais gâteau œdémateux et congestionné. On résèque presque en entier le grand épiploon et c'est cette pièce que j'ai l'honneur de vous présenter.

Les cas de torsion ne sont pas rares au cours des hernies. Mais souvent la zone de torsion reste intra-abdominale. Nous trouvons dans le *Lyon Chirurgical*, juillet 1913, un cas de torsion intra-sacculaire tout à fait analogue, présenté par M. Patel et Santy et les desseins des deux pièces seraient en tous points superposables.

C'est la même histoire clinique. Douleurs intenses et brusques, irréductibilité, hernie volumineuse et mate sans phéno-

mène d'obstruction. C'est une pièce en tous points semblable, divisée en trois portions : les deux portions distales sont d'aspect normal et sont fixées en haut par suite de l'insertion au colon, en bas, par suite des adhérences, au fond du sac.

Entre ces deux portions fixes, la portion médiane s'est tordue sur elle-même, décrivant un tour ou deux sur son axe ; et elle forme un épais gâteau étranglé entre deux sillons de torsion. C'est ce mécanisme, toujours semblable, que nous désirons particulièrement signaler : il faut deux points fixes, c'est la zone intermédiaire qui se tord sur elle-même, devient douloureuse, congestionnée, irréductible.

M. Patel a présenté ces jours-ci, à la Société de Chirurgie, une pièce beaucoup plus rare de grand épiploon tordu par un mécanisme analogue, car le point fixe inférieur était fourni par des adhérences à un appendice enflammé.

OBSERVATION II

Observation de M. le Professeur Tixier

Le malade P... C... entre à l'hôpital le 2 février 1922 pour hernie inguinale droite.

Antécédents héréditaires : Père mort à 32 ans de bronchite ; mère décédée à 68 ans de cirrhose éthylique ; Une sœur morte accidentellement.

La femme du malade a eu plusieurs fausses couches. Trois enfants vivants, l'aîné est cardiopathe. Une fille aurait eu la scarlatine avec albuminurie consécutive et serait morte d'endocardite à l'âge de 6 ans, un an après sa scarlatine.

Antécédents personnels : Le malade nie la spécificité et l'éthylisme.

Dans l'enfance : petite vérole, croup, grippe.

A 20 ans, bronchite ayant duré un mois.

Congestion pulmonaire à 32 ans avec crachats sanguinolents. Entre sa bronchite et sa congestion, le malade aurait eu des crachats sanglants et une véritable hémoptysie, mais il est difficile de faire préciser l'accident qui ne semble pas s'être accompagné d'un état général grave. D'autre part, le

malade ne se plaint pas de douleurs gastriques pouvant faire penser à des hématomés.

Il y a 4 ou 5 ans, à l'occasion d'un effort, le malade s'aperçut d'une petite grosseur dans la région inguinale droite. Il se traita par des bandages, mais la hernie était mal contenue.

Depuis une semaine environ, le malade, âgé de 49 ans, souffre au niveau de sa hernie qui est douloureuse même spontanément, avec névralgie testiculaire que le malade compare à une torsion de l'organe. D'autre part, depuis trois jours, la hernie devient plus difficile à réduire ; finalement, le 2 février 1922, lors de l'examen, on ne peut arriver à la faire disparaître.

Le malade ne se plaint pas de constipation, mais il a eu quelques vomissements cette semaine. Il est sujet à des nausées et restreint de lui-même son alimentation.

Le soir de son arrivée dans le service, la température est à 38°4, le lendemain matin, 3 février, elle redescend à 37°8, le pouls bat à 80.

Le 3 février, à l'examen, on constate dans la région inguinale droite, une hernie volumineuse descendant jusque dans les bourses, donnant une sensation de tension élastique. La hernie est mate, à la toux on a une légère impulsion, le cordon est variqueux.

Passant alors à la palpation abdominale, on se trouve en présence d'un abdomen relativement souple, mais on est arrêté dans la région hypogastrique par une masse qui donne à travers le panicle adipeux la sensation d'une vessie pleine. Le malade cependant urine bien. En continuant la palpation, on se rend compte que la masse perçue se poursuit dans la fosse iliaque droite, et la pression permet de révéler une zone douloureuse, seul point sensible de l'abdomen. Toute la région correspondant à la masse perçue est mate.

Le malade a le faciès légèrement terreux, les yeux sont cernés, mais le pouls bat à 80 et n'est pas agité, on fait mettre de la glace sur le ventre.

Le samedi 4 février, la hernie est toujours irréductible, la masse abdominale semble avoir légèrement diminuée, la

température a passé de 38°4 le 3 au soir à 37°4, le pouls est toujours à 80.

On se décide à intervenir.

C'est une hernie droite volumineuse non étranglée, mais avec réaction inflammatoire sans signes graves, c'est une épiploïte.

Intervention : 4 février 1922. A. G. à l'éther.

Premier temps : Immense incision de hernio-laparotomie, car l'homme est gros. On libère l'énorme sac et on glisse une large compresse de gaz sous les éléments du cordon et sous le sac.

Deuxième temps : Ouverture du sac. Écoulement d'un verre à Bordeaux de liquide citrin, clair, collecté dans le fond du sac, au-dessus une masse violacée, dure, tendue, ballotte, c'est de l'épiploon étranglé. On fend largement le collet et toute la paroi au-dessus : une grosse masse d'épiploon, comme le poing, apparaît, elle aussi violacée, étranglée.

Pourquoi est-elle étranglée en plein ventre ? C'est qu'il y a une torsion de l'épiploon à la partie moyenne, en plein ventre. On cherche la partie saine de l'épiploon, on fait une ligature en chaîne et on enlève toute la masse énorme de l'épiploon atteint d'épiploïte.

Il s'est écoulé un liquide citrin sanguinolent en grande quantité, mais aucun signe de péritonite en évolution. On peut donc fermer le ventre sans drainage, mais l'homme est très gras. Le cordon est infiltré et volumineux, il réclamerait un large passage. Il faut se mettre dans de bonnes conditions pour avoir une cure radicale définitive, aussi fait on une castration rapide. Fermeture soignée de toute l'incision de hernio-laparotomie. Un grand drain est placé sous la peau.

Suites opératoires normales, le malade sort guéri vingt jours après.

Examen de la pièce : La pièce enlevée apparaît d'abord comme un amas informe d'épiploon dont certaines parties sont noirâtres, d'autres épaissies, on n'y reconnaît plus les éléments vasculaires et l'élégante trame qui supporte les lobules de graisse.

Cependant, une étude attentive permet de se faire une idée sur la façon dont la torsion a pu se produire.

Tout se passe comme si un épiploon largement fenêtré et bilobé avait introduit une de ses franges dans un sac herniaire : alors l'autre frange devenue flottante s'est enroulée autour de la première à la façon d'un drapeau autour de sa hampe.



Torsion de l'épiploon (Obs. II),

C'est là le premier mode de torsion : torsion autour de la corde épiploïque.

La torsion se complique ensuite du fait de l'existence d'une large fenêtre dans l'épiploon. De petites franges restées flottantes sont venues s'introduire dans cet orifice et s'enrouler elles-mêmes autour de cette corde à la façon d'une flamme autour de sa drisse. Ainsi se trouve réaliser le second mode de torsion.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La torsion de l'épiploon fut longtemps considérée comme un fait exceptionnel et n'était signalée dans aucun traité classique jusqu'en 1908 où Jaboulay et Patel lui donnent sa vraie place dans le « Traité des Hernies ».

La première observation, celle de Pierre de Marchettis, remonte en 1858, puis parurent les observations d'Oberst, en 1882, de Demons, en 1893. Les observations commencent à se multiplier à partir de 1900, à la suite de discussion à la Société de Chirurgie sur deux cas de torsion de l'épiploon, présentés par Lucas-Championnière. Aussi en 1907, Lejars, dans un magistral article paru dans la *Semaine Médicale*, peut réunir 66 cas de torsion de l'éploon. A l'étranger, nous citerons les travaux de Smythe, Payr, Biedel et Cernezzi. Nous signalerons enfin pour terminer le travail d'Aimés, de Montpellier, sur « la Chirurgie du grand épiploon ».

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

« La cause prédisposante la plus importante pour la production des torsions de l'épiploon, dit Lucas-Championnière, paraît être la présence d'un sac herniaire. » (60 fois sur 75 cas).

Il s'agit presque toujours d'une hernie inguinale, pour notre part, nous l'avons trouvée quarante fois sur quarante-trois observations recueillies. Une fois seulement nous avons eu une hernie pariétale siégeant au niveau d'une cicatrice de laparotomie (Souligoux et Deschamps) ; dans un autre cas, nous avons une hernie crurale (Mauclaire), et une seule fois, une hernie ombilicale par écartement des droits à la suite d'une grossesse (Lancé).

Dans la majorité des cas, la hernie est une hernie inguinale droite (30 fois sur 40 cas). Elle est le plus souvent ancienne, datant de 15 ans dans le cas d'Oberst, de 5 ans dans le cas de M. le Professeur Tixier ; de 13 ans et de 30 ans, dans ceux de M. le Professeur Patet. Pour notre part, nous n'avons jamais trouvé de hernie récente.

Nous n'avons eu qu'un seul cas de hernie congénitale, celui de Chavannaz.

D'une façon générale, ces hernies étaient des hernies

réductibles, tout au moins jusqu'au moment des accidents où alors la hernie devient irréductible. Dans quelques cas cependant, l'irréductibilité est ancienne, datant de quelque temps ou même de plusieurs années (Obs. de Lucas-Championnière, Monod). En outre, on ne trouve pas l'intestion dans le sac.

On peut observer la torsion de l'épiploon à tous les âges de la vie, le plus jeune malade est celui de Chavanaz, un adolescent de 16 ans, et le plus âgé celui de Wiener, un vieillard de 78 ans. C'est entre 30 et 45 ans que les cas paraissent les plus fréquents.

Les hommes sont plus fréquemment atteints d'omentalvolvulus que les femmes.

Nous n'avons jamais retrouvé dans les antécédents de maladies pouvant avoir une répercussion sur le grand épiploon. Nous n'avons eu que trois malades ayant présentés auparavant quelques phénomènes abdominaux.

Les causes favorisantes des torsions épiploïques sont toutes les inflammations pouvant atteindre l'épiploon : appendicite, annexite, mais nous n'en avons trouvé aucun cas dans nos observations. On a invoqué avec raison les tumeurs abdominales : grossesse (Riedel, Lance), kystes de l'ovaire, fibromes, corps étrangers (shrapnell).

Les causes déterminantes sont nombreuses. Souvent, l'omentalvolvulus survient brusquement sans cause apparente (Wiener, Wiart et Renon). Chez un des malades de M. Patel « la hernie devint brusquement douloureuse et irréductible ». Parfois aussi le malade souffrait depuis quelque temps sans savoir à quoi attribuer ses malaises.

Cernezzi admet comme démontré le rôle du traumatisme direct sur la paroi abdominale.

Le rôle de l'effort est certain, et, le plus fréquemment, le malade rapporte l'origine de ses accidents à un effort violent (Obs. Lapeyre, Demons, Monod, Diét). Un malade de M. Patel, après avoir pris une purgation, vit sa hernie sortir brusquement au moment d'un effort de défécation et sa hernie fut d'emblée douloureuse et irréductible. Dans d'autres cas, ce sera un effort de toux, une course à bicyclette (Thévenard), un travail pénible. Le rôle de l'effort paraît donc indéniable.

De même Lejars a insisté sur le taxis, qui agit à la fois en irritant l'épiploon et en exagérant sa mobilité.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique nous ramènerons les torsions de l'épiploon à deux types correspondant aux deux types cliniques : la torsion intra-herniaire ou intra-sacculaire et la torsion abdominale ou en masse, torsions coëxistantes toujours avec des lésions de l'épiploon, car il ne peut y avoir de torsion sans épiploïte associée primitive ou secondaire à la torsion.

1°) *Torsion intra-herniaire.*

Cette torsion est la moins fréquente, nous l'avons trouvée dix fois dans les quarante-trois observations que nous avons recueillies. (Obs. Oberst, Walther, Chavannaz, Capelle, Mauclair, Lapeyre, Founeng, Patel). Elle siège uniquement à l'intérieur du sac herniaire et peut d'ailleurs facilement passer inaperçue. Il est probable que dans beaucoup de cas catalogués d'épiplocèle étranglée il s'agissait de torsion de l'épiploon, mais les caractères anatomiques n'ont pas frappé l'observateur parce qu'ils paraissaient d'ordre banal.

Quelques-unes de ces torsions méritent pourtant de

retenir notre attention : on a vu la torsion se faire entre deux points de l'épiploon adhérent en haut au collet du sac, en bas au voisinage du fond du sac. Dans le cas de Walther l'épiploon adhérait au fond de la vaginale sous forme de corde tordue 5 ou 6 fois, la tumeur épiploïque occupait le sac, et au niveau de l'anneau inguinal interne existait une deuxième torsion en sens inverse. (Obs. de Capelle).

Dans le cas de Hartmann, il existait dans le sac herniaire trois frangées épiploïques dont l'une était libre, et les deux autres s'étaient enroulées entre elles. Nous avons retrouvé la même particularité dans le cas de Bender et Heitz-Chavannaz qui ont observé un nœud dans le sac herniaire dont l'ensemble présentait l'aspect d'un battant de cloche du volume du pouce et adhérait fortement au sac herniaire.

2° Torsion intra-abdominale.

La torsion abdominale paraît la plus fréquente, nous l'avons trouvée 33 fois dans 43 cas. Ce sont ces torsions qui sont les plus intéressantes par leur mécanisme, leur allure clinique et la thérapeutique qu'elles nécessitent. Pour plus de clarté, nous les avons divisées en deux types : a) la torsion épiploïque existe sur la partie intra-abdominale seule de l'épiploon ; b) la torsion est double, une au niveau de la hernie, l'autre au voisinage du colon transverse.

a) Dans le premier type l'épiploon n'est pas tordu, ni étranglé dans le sac herniaire, la torsion existe sur la partie intra-abdominale de l'épiploon. Nous avons pu réunir 23 observations de ce type (Obs. de Oberst, Hoche-

negg, Wiart et Bénon, Foussenq, Lapeyre, Malherbe, Demons, Peck, Lejars, Potherat, Lucas-Championnière, Tixier, Tuffier, Vignard et Giraudeau, Quénu) Malherbe trouva une volumineuse tumeur épiploïque avec un pédicule tordu plusieurs fois sur son axe et siégeant à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du grand épiploon, l'épiploon intra-herniaire était sain et non étranglé. Chez sa malade, Peck trouva l'épiploon enroulé autour de son axe vertical au niveau de l'insertion colique. Il n'existait aucune adhérence au niveau du sac herniaire.

b) Dans le deuxième type, nous avons la double torsion : torsion du niveau de l'épiploon intra-herniaire ou au niveau du collet et une torsion haute au voisinage du colon transverse. Nous avons trouvé dix cas se rapportant à ce type, nous signalerons les observations de Von Baracz, Lucas-Championnière, Orlwein, Moresco, Forgue et Diet.

Après l'incision, von Baracz constata, inséré au fond du sac, un cordon de la dimension du petit doigt, tordu 5 ou 6 fois sur lui-même. Ce cordon se prolongeait dans le canal inguinal en augmentant de volume pour aboutir dans le ventre à une grosse masse épiploïque parcourue par des vaisseaux dilatés. Cette tumeur est surmontée d'une seconde torsion de plusieurs tours de spire. Diet trouva également une première torsion au fond du sac et une seconde torsion en sens inverse au ras de l'insertion colique, comme si l'épiploon fixé en haut et en bas avait tourné autour de son axe vertical. C'est dans ces cas là que nous avons la corde épiploïque de Velpeau « sorte de masse, toile ou corde d'une certaine fermeté,

remplissant le canal inguinal, se prolongeant dans la fosse iliaque et constituant la racine de la tumeur. »

Nous aurions encore à décrire d'autres formes beaucoup plus complexes et l'interprétation difficile et souvent même inexplicable. « On conçoit, dit Lucas-Championnière, la torsion d'un organe porté par un pédicule et mobile, mais difficilement comment se tord le pédicule d'un organe fixé de toutes parts. » Nous signalerons cependant une forme bien spéciale de torsion : c'est la forme récurrente décrite par Heyraud ; l'épiploon replié sur lui-même forme une anse à convexité inférieure qui occupe le fond du sac. Toute l'extrémité libre de l'épiploon est dans l'abdomen.

Lésions de l'épiploon.

La lésion fondamentale est l'épiploïte chronique. Macroscopiquement, cette inflammation chronique aboutit à une augmentation de volume de l'épiploon, à un épaississement et des adhérences au sac. Souvent, on trouvera de gros noyaux d'épiploïte qui finissent par constituer dans l'intérieur de la membrane plissée et pelotonnée de véritables tumeurs lourdes et déclives (Lejars). Cette hypertrophie de l'épiploon peut être considérable, Hochenegg a réséqué une masse épiploïque grosse comme une tête d'adulte ; Von Baracz, une tumeur de 1 kg ; d'autres, comme des têtes de fœtus.

L'examen histologique a été souvent pratiqué. L'épiploon, pris au-dessous du pédicule de torsion, présente de très nombreuses hémorragées interstitielles. Le sang infiltre les lobules graisseuses et il semble parfois avoir

continué à circuler car les globules ne sont pas toujours altérés. Tous les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang : on en trouve souvent de thrombosés. Dans la partie située au-dessus de la torsion, l'épiploon paraît sain, on ne trouve ni thromboses vasculaires, ni hémorragies capillaires.

Le nombre des tours de spire du pédicule est très variable, en général on trouve deux ou trois tours. Dans les cas de double torsion, la seconde torsion est en sens inverse de la première.

Il est intéressant de signaler que l'épiploon enflammé contracte fréquemment des adhérences qui peuvent se jeter au hasard sur les divers organes abdominaux, mais le plus souvent, nous trouvons des adhérences aux parois du sac herniaire. Dans l'observation de Thévenard, l'épiploon était adhérent à l'anneau inguinal interne. Dans les observations de Tremolières, Schœnholzer, Payr et Lejars, les adhérences unissaient l'épiploon au gros intestin, à l'appendice, à l'intestin grêle.

CHAPITRE IV

MÉCANISME

« Quelque ingéniosité que l'on ait développée, disait en 1907 Lucas-Championnière, pour donner l'explication du mode de formation des torsions de l'épiploon, je n'en connais aucune qui soit satisfaisante. »

En effet, la difficulté d'établir le mécanisme des torsions vient de ce qu'il y a rarement des cas simples : on se rend compte qu'il y a torsion ; mais il est difficile au premier abord de dire si les lésions d'épiploïte sont dues à la torsion ou si c'est la torsion qui est le résultat de l'épiploïte. Cependant, surtout dans les cas récents, on parvient à se faire une idée du mécanisme qui a présidé à la torsion. Pour donner plus de clarté et de simplicité à ce mécanisme assez complexe des torsions nous envisagerons deux cas :

- 1°) Il n'y a pas d'adhérences ;
- 2°) Il y a des adhérences.

1°) *Il n'y a pas d'adhérences de l'épiploon dans le sac.*
— La torsion alors a pu se faire autour du point fixé de l'insertion colique du fait du poids, de la masse épiploïque herniée ; alors interviennent comme causes occasionnelles le péristaltisme intestinal, les bandages, les tenta-

tives de réduction qui mobilisent la masse dans le sens latéral ne pouvant lui faire franchir l'orifice, et créent de petites suffusions hémorragiques, amorces d'adhérences. Les tentatives de taxis peuvent aussi aboutir à une réduction partielle : alors qu'une partie de l'épiploon, en raison de son volume, reste intra-sacculaire et ne peut être réduite, d'autres franges épiploïques plus flottantes finissent sous l'effort du taxis par rentrer dans le ventre irritées, altérées par le taxis, donc atteintes d'épiploïte, et vont se transformer en une masse plus lourde, susceptible de se tordre.

2°) *Quand il y a des adhérences* on peut alors facilement se représenter le mécanisme de la torsion de la façon suivante : l'épiploon fixé en haut du colon, en bas au sac herniaire, se tord pour peu que la partie intra-abdominale de l'épiploon prédomine du côté de la corde épiploïque, à la façon d'une serviette que l'on enroule en la maintenant par deux angles opposés, à la façon d'un drapeau autour de sa hampe ou mieux comme la flamme autour de la drisse. Dans notre observation, la torsion semble s'être faite à la fois autour d'une bride et autour de la corde épiploïque. Lorsqu'il existe des nodules d'épiploïte appendus à des franges plus ou moins libres, ces nodules agissent par leurs poids à la façon d'un gland fixé à la pointe d'un fanion triangulaire, augmentant ainsi dans le flottement au vent l'action de la force excentrique. Ce dernier mécanisme semble particulièrement évident dans l'observation de M. le Professeur Tixier dont nous figurons la pièce réséquée.

De même des petits nodules néoplasiques, tubercu-

leux, des corps étrangers de l'épiploon pourraient remplir le même rôle dans le mécanisme de la torsion. C'est donc un enroulement de la portion restée libre de l'épiploon autour de la corde épiploïque. La torsion se poursuit alors vers le haut et vers le bas, débutant au point de moindre résistance, c'est-à-dire à l'endroit le plus grêle de la corde épiploïque.

Dans les épiploons très fenêtrés, dont les vaisseaux représentent les travées de résistance, il est possible que de petites torsions des franges restées flottantes entre les arcades vasculaires s'ébauchent autour de ces pédicules vasculaires. Les épiploons fenêtrés semblent plus particulièrement destinés à subir ces mouvements de torsion en raison de l'étroitesse des arcades vasculaires, de l'irrégularité des franges épiploïques, peut-être aussi parce que le pédicule herniaire, au niveau du collet, a davantage tendance à se transformer en corde étroite. (Obs. de Von Baracz-OEbswein, Forgue, Diet).

Comme le disent Jaboulay et Patel, il n'est pas douteux que les mouvements incessants dont l'épiploon est animé interviennent d'une façon constante pour faciliter la torsion. Ces auteurs font remarquer la fréquence du chevauchement, de l'imbrication des franges épiploïques dans les épiplocèles. On peut se demander même, quand on étudie la pièce anatomique dont nous rapportons la figure, si les petites franges épiploïques libres et flottantes, ne présentent pas elles-mêmes cette tendance continue à s'enrouler autour de l'axe qui les porte, et à ébaucher un mouvement de torsion susceptible de provoquer le mouvement de toute la masse intra-abdominale restée flottante.



FIG. 1. — Epiploon fenêtré dont une frange est étranglée. — Condition anatomique favorable à la torsion.

FIG. 2. — 1° Mode de torsion de la frange libre autour de la corde épiploïque.

FIG. 3. — 2° Mode de torsion de la frange à l'intérieur d'une fenêtre épiploïque.

Payr a émis une théorie ingénieuse, que nous ne ferons que signaler, d'après laquelle il rattache l'omentalvolvulus à une stase veineuse et à l'inégalité de développement des tumeurs, qui, en déplaçant le centre de gravité de la masse épiploïque, expliquerait la torsion.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Les torsions de l'épiploon n'ont pas de séméiologie qui leur soit propre ; en lisant les nombreuses observations qui ont été publiées, on est frappé de voir que ces accidents ont été pris soit pour un étranglement herniaire ou plutôt épiploïque, soit pour des crises appendiculaires. Avec Jaboulay et Patel, nous distinguerons deux formes : la forme herniaire et la forme abdominale.

I. Forme herniaire.

Il s'agit d'ordinaire d'un individu porteur d'une hernie inguinale ancienne, jusqu'alors réductible, qui, à la suite d'un effort ou même sans cause apparente, est pris brusquement de douleurs violentes siégeant au niveau du sac et s'irradiant vers l'abdomen.

A l'examen, on peut trouver un faciès légèrement grippé, mais, d'une façon générale, l'état général est assez bon. La température est aux environs de 38°, parfois même reste normale. Le pouls bat entre 80 et 100. Il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz, quelques nausées, les vomissements sont rares.

L'attention est de suite attirée vers la hernie qui est douloureuse à la palpation, tendue, volumineuse, mate et irréductible, avec un gros cordon dur au niveau et parfois au-dessus de l'anneau inguinal. Le ventre peut être ballonné. On a, en somme, tous les signes d'un épiplo-cèle étranglé.

Nous signalerons à ce sujet les observations d'Oberst, de Demons, Monod, Chavannaz, Bender et Heitz, Moresco, Quénu, Patel.

II. *Forme abdominale.*

L'évolution peut être aiguë ou chronique et suivant le cas la symptomatologie en sera différente.

a) *Forme aiguë.* — Cette forme est la plus fréquente, nous l'avons retrouvée 20 fois dans nos quarante-trois observations.

Presque toujours c'est chez un sujet porteur d'une hernie ancienne. Brusquement survient une douleur siégeant soit dans le sac herniaire, soit dans la fosse iliaque et simulant parfois à s'y méprendre une crise d'appendicite aiguë (Lejars). Cette douleur peut être extrêmement violente et ne manque jamais. Le malade de Diet éprouva une sensation atroce « comme si quelque chose se tordait dans son ventre ». Cette douleur est le plus souvent progressive, cependant, dans quelques cas (Wiener, Malherbe) on a signalé une sédation des symptômes vers le deuxième ou troisième jour, suivie peu après d'une aggravation sérieuse.

Le pouls est petit, oscillant entre 90 et 120, la tempé-

rature entre 38° et 39°. Parfois le pouls sera normal et la température aussi.

Les nausées sont fréquentes.

Le hoquet est exceptionnel, nous ne l'avons trouvé qu'une seule fois dans une observation de Lapeyre.

Les vomissements, quoique fréquents, ne sont pas la règle, nous ne les avons trouvés que dans un tiers des cas, et jamais fécaloïdes.

Les signes intestinaux sont les plus importants. La constipation est fréquente, mais, sauf dans le cas de Tuffier et de Thévenard, jamais nous n'avons rencontré un arrêt complet des matières et des gaz.

On trouve une réaction péritonéale variable, mais présentant rarement l'allure de la péritonite aiguë, sauf chez un malade de Lapeyre, caractérisée par de violents frissons s'étendant à tout l'abdomen, avec vomissements porracés, teint terreux, état général mauvais.

A l'inspection nous trouverons un ventre ballonné, dans d'autres cas simplement plus volumineux, cette augmentation de volume le plus souvent coïncidera avec le développement de la tumeur.

A la palpation, qui devra être faite avec douceur, nous trouverons une sensibilité assez grande et nous découvrirons une tumeur intra-abdominale reliée à la hernie par un cordon plus ou moins résistant. C'est cette tumeur qui souvent en impose pour un gros plastron appendiculaire. Il est facile de se rendre compte de cette tumeur qui dans le cas de hernie irréductible se prolonge à travers le canal inguinal par une sorte de cordon épais, irrégulier et dur.

« Cette tumeur abdominale, dit Lejars, est d'ordinaire

volumineuse, grosse comme une tête, parfois comme deux poings et remonte haut. Elle est de contours un peu irrégulier et indécis et se laisse pourtant circonscire, prendre en masse, déplacer dans le sens latéral : elle ne se prolonge point au dehors jusqu'au bord latéral du bassin ; elle occupe la fosse iliaque mais ne la remplit pas toute entière et l'on retrouve d'ordinaire sur le côté externe de la masse une bande dépressible et sonore. Elle est douloureuse au palper dans les premiers jours ; elle reste très sensible dans les jours qui suivent ; on y relève pas de douleur aiguë, lancinante des suppurations en évolution. Sous les doigts, elle apparaît comme une masse immédiatement accolée à la paroi, épaisse, compacte, un peu bosselée, un peu nodulaire et donnant à la pression une sensation assez particulière d'infiltration diffuse. Dans le cas où la torsion épiploïque est combinée à une hernie irréductible on sent qu'elle ne finit pas au-dessus de l'arcade crurale et qu'il n'y a point de pôle inférieur limitable sous lequel les doigts puissent se glisser. On constate à ce niveau qu'elle se continue à travers le canal inguinal par une cordon épais, dur, irrégulier qui vient se perdre dans le contenu de la hernie, et le contenu herniaire est de même consistance que la masse plus haut située dans l'abdomen. »

b) *Forme chronique.* — L'omento-volvulus n'affecte pas toujours cette allure aiguë à début brusque, les symptômes peuvent être lents et insidieux, comme dans l'occlusion chronique, et d'abord purement locaux. On a des crises douloureuses, de la constipation, de la fièvre, puis ces phénomènes s'amendent et la maladie ne semble

pas devoir présenter un caractère de sérieuse gravité. Souvent les phénomènes herniaires font défaut et les accidents procèdent par poussées (Hochenegg, Riedel, Lance). Chez un malade de Riedel, la crise terminale de volvulus complet avait été précédée de un mois, trois mois de là, par une crise initiale atténuée, caractérisée par des douleurs et des vomissements, crise qui avait laissé une certaine pesanteur et une certaine sensibilité dans la région ilio-inguinale.

Cette forme chronique est peu fréquente, nous ne l'avons rencontrée que six fois (Eislsberg, Riedel, Hochenegg, Vignard et Giraudeau, Lance, Trémolières, Tixier).

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des torsions de l'épiploon est un des plus délicats à faire, il n'a été porté que cinq fois par Lejars, Morestin, Tietze, Payr et Diet. La plupart du temps on croyait à un étranglement herniaire ou une crise d'appendicite, et la torsion épiploïque a été une surprise opératoire.

Nous envisagerons deux hypothèses, suivant que nous avons une forme herniaire ou une forme abdominale.

a) *Torsion épiploïque dans le sac herniaire seulement.* — La torsion est basse, isolée, sacculaire ou juxta-sacculaire. Dans ce cas, il est très difficile de dire si l'on a affaire à une torsion ou à un étranglement épiploïque tant les symptômes sont communs. Il faudra se baser sur la découverte d'un volumineux cordon dur et tendu au niveau et au-dessus de l'anneau inguinal interne. On devra donc examiner très attentivement la fosse iliaque ; mais on peut dire que le diagnostic est à peu près impossible, il n'a d'ailleurs jamais été fait dans ces formes herniaires pures. Cela n'a d'ailleurs aucune importance pour le malade, car, dans l'opération on est conduit à

prolonger l'incision et à enlever toutes les portions altérées de l'épiploon et par suite à remonter jusqu'au pédicule de torsion.

b) *Torsion épiploïque abdominale.* — On croit en général avoir affaire à une appendicite, on en a d'ailleurs en gros tous les signes : douleurs dans la fosse iliaque droite avec plastron, faciès légèrement grippé, douleurs, constipation, nausées avec vomissements parfois. Néanmoins un examen approfondi nous révélera d'abord que la douleur ne siège pas exactement au point de Mac-Burney, que la tumeur est plus régulièrement arrondie, plus superficielle, plus contre la paroi qu'un plastron appendiculaire, et que « cette tumeur n'a pas d'induration inflammatoire autour d'elle ; dans un abcès appendiculaire de ce volume, l'empâtement est obligatoire. » (Broca).

En outre, comme souvent nous aurons deux tumeurs, une abdominale et une herniaire, nous trouverons la corde épiploïque de Velpeau qui fait rarement défaut (Lejars et Diet). C'est là le meilleur élément pour le diagnostic positif.

Le diagnostic différentiel sera donc à faire dans la forme herniaire avec la hernie étranglée ou plutôt l'épilocèle étranglé, on se basera sur la présence d'un pédicule volumineux, dur, tendu, douloureux et sur l'arrêt des matières et des gaz qui ne se rencontre qu'exceptionnellement.

Dans la forme abdominale, il faudra penser à l'appendicite dont nous avons déjà parlé plus haut, nous signalerons simplement à ce sujet que dans le cas de torsion il

il y a discordance entre les phénomènes locaux intenses et les phénomènes généraux relativement bons.

On écartera aussi l'idée d'occlusion intestinale parce que l'arrêt des matières et des gaz est rarement complet, c'est une sub-occlusion.

Il faudra penser aux torsions possibles d'autres organes abdominaux dont la symptomatologie peut être la même : torsion de kyste de l'ovaire, fibrome pédiculé (Lance).

Enfin, nous avons toutes les tumeurs abdominales avec lesquelles on peut confondre les torsions épiploïques.

CHAPITRE VII

PRONOSTICS, COMPLICATIONS ET SUITES OPÉRATOIRES

Le pronostic des torsions de l'épiploon est celui de toutes les torsions des organes intra-abdominaux, c'est-à-dire un pronostic grave, car tout dépend de la précocité de l'intervention. Pour notre part, nous avons trouvé neuf cas de mort pour quarante-trois cas. Ce sont ces cas là qui nous permettrons de voir quelles sont les principales complications des torsions épiploïques.

Les complications propres aux torsions de l'épiploon sont les hémorragies gastro-intestinales, les infarctus, le sphacèle de la tumeur, la rupture du pédicule et souvent une réaction péritonéale se traduisant par une exsudation d'un liquide séro-sanguinolent.

a) Nous avons trouvé trois cas de mort par hémorragies gastro-intestinales (Obs. d'Eislsberg, Moresco, Périer).

Le malade d'Eislsberg eut un vomissement abondant, de couleur marc de café. A l'autopsie, on trouva une grosse ulcération du pylore et de plus petites disséminées sur la muqueuse stomacale. A l'autopsie du malade de

Moresco on trouva du sang dans l'estomac et des ulcérations sur la muqueuse.

Pour Moresco, ces hémorragies seraient dûes à la pression exercée par la tumeur sur la circulation mésentérique. Pour Eilsberg, la cause en serait des embolies rétrogrades ou une thrombose des veines épiploïques.

b) Nous rapprocherons de ces hémorragies gastro-intestinales les infarctus pulmonaires trouvés chez les malades de Monod et de Bender et Heitz. Jamais nous n'avons rencontré de phlébite.

c) Le sphacèle de la tumeur et la rupture du pédicule se produisent dans les torsions avec arrêt complet de la circulation. On comprend alors que le pédicule, mal nourri, se désagrège peu à peu et se rompe (Obs. de Thévenard). De même, la masse épiploïque, mal nourrie, se sphacèle et entraîne des phénomènes de péritonite septique rapidement mortels. (Obs. de Demons, Lapeyre).

Les complications survenues chez les malades de Demons, Moresco, Eilsberg et Lapeyre auraient pu être évitées facilement si l'on se rappelle que la torsion intrasacculaire existe rarement seule et qu'elle est souvent accompagnée d'une seconde torsion beaucoup plus élevée, abdominale.

Suites opératoires.

Dans la majorité des cas, les suites opératoires sont des plus simples, nous n'avons relevé que trois cas de mort à la suite de 37 interventions.

Quelquefois cependant surviennent des complications ;

le malade de Lapeyre mourut de péritonite septique le lendemain de l'opération. Il est vrai que ce malade avait été tardivement opéré et qu'à l'intervention Lapeyre avait trouvé une énorme masse épiploïque complètement sphacélée.

Nous n'avons pas trouvé de phlébite, ni d'hémorragies gastro-intestinales, mais, par contre, nous avons un cas d'embolie chez le malade d'Eislsberg qui mourut 38 heures après l'intervention.

Plus fréquentes paraissent les complications pulmonaires. Le malade de Monod succomba le 5^e jour de l'opération d'infarctus pulmonaire constaté à l'autopsie.

Le malade de Bender et Heitz mourut lui aussi d'infarctus trois semaines après l'opération.

Nous n'avons jamais trouvé signalées de complications à distance, sauf chez un malade de Lapeyre qui, depuis son opération, conserva des troubles gastro-intestinaux.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

« Dans toutes les torsions aiguës, dit Lejars, la laparotomie s'impose à une heure plus ou moins hâtive, suivant la forme et la gravité des accidents : on ne se repentira jamais d'avoir opéré trop tôt et les lésions que l'on trouvera, une fois le ventre ouvert, dépasseront toujours les prévisions. »

On opère d'ordinaire avec le diagnostic de hernie étranglée ou appendicite.

Dans les formes intra-herniaires il ne faut pas se contenter d'une simple kélotomie, il faut opérer largement et remonter haut vers l'abdomen afin de ne pas laisser passer inaperçue une torsion abdominale. C'est pour n'avoir pas soupçonné cette seconde torsion et s'être contenté d'une kélotomie que Moresco vit mourir son malade de péritonite septique due au sphacèle de la tumeur épiploïque abdominale.

Donc après avoir incisé au niveau du sac herniaire, il faut examiner attentivement la masse épiploïque, et, si on trouve un épiploon violacé, infiltré, il faut prolonger l'incision et remonter très haut jusqu'aux limites de la tumeur. S'il existe un pédicule tordu au niveau du collet,

il faut aller s'assurer qu'il n'existe pas une deuxième torsion au niveau de l'insertion colique.

On réséquera alors toute la portion tordue et l'on fera une ligature en chaîne au niveau de la section du pédicule, section qu'il faut toujours faire en tissu sain.

Ce n'est que par une opération précoce et bien conduite que l'on arrivera à éviter les complications que nous avons signalées.

CONCLUSIONS

L'existence d'une hernie, très spécialement d'une hernie inguinale, constitue la cause anatomique de beaucoup la plus fréquente des torsions de l'épiploon.

Les torsions peuvent se faire :

a) A l'intérieur du sac lui-même, ce sont alors des torsions favorisées par des adhérences intra-sacculaires. Leur symptomatologie se confond avec celle des épiploécèles étranglés.

b) Dans l'abdomen, ce sont alors le plus souvent des torsions dues à l'enroulement autour de la corde épiploïque de la masse restante de l'épiploon. Elles sont caractérisées anatomiquement par une double torsion, l'une basse, voisine du collet de la hernie, l'autre haut située, au niveau du colon transverse. Les lésions d'épiploïte ont leur maximum au niveau de la portion intermédiaire. Ces formes ont une symptomatologie abdominale, à allure parfois aiguë, simulant l'appendicite avec plastron de la fosse iliaque ; dans d'autres cas, nous aurons une forme chronique à symptomatologie de crises frustres d'obstruction intestinale.

Le traitement est simple dans les formes intra-herniaires où l'on trouve dans le sac lui-même les deux points

fixes autour desquels s'est faite la torsion, c'est la résection de l'épiploon étranglé. Cette torsion est tout entière intra-herniaire, la portion soumise à l'étranglement peut être réséquée à l'intérieur du sac lui-même.

Il est important de savoir que toutes les fois que l'on trouve une torsion au niveau du collet d'un sac herniaire il ne faut pas faire le diagnostic d'étranglement intra-herniaire. Il faut penser à une torsion abdominale et savoir que celle-ci comporte, outre la torsion au niveau du collet, une torsion haut située. Les accidents portent alors sur la masse épiploïque intermédiaire, abdominale, il faut alors systématiquement la rechercher et l'explorer. Dans ce cas, les tours de spire au niveau du collet n'étaient que la manifestation, bas située, de la torsion abdominale. On doit alors se porter par une hernio-laparotomie vers la masse épiploïque pour en reconnaître les lésions. Cette conduite opératoire seule mettra à l'abri des accidents de sphacèle portant sur la partie intermédiaire, accidents qui peuvent être facilement méconnus et donner lieu à de graves troubles secondaires.

VU :

Le Président de thèse,
TIXIER.

VU :

Lyon, le 23 novembre 1922.
Le Doyen de la Faculté,
J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 23 novembre 1922.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

PIERRE DE MARCHETTIS. — Recueil d'Observations rares, 1858.

OBERST. — *Centralblatt für chirurgie*, n° 27, 8 juillet 1882.

DEMONS. — *Revue de Chirurgie*, 1893.

BAYER. — *Centralblatt für chirurgie*, n° 17, 1898, p. 462.

VON BARACZ. — *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1900. Bd. 54, p. 584.

HOCHENEGB. — Société Impériale et Royale de Médecine de Vienne, 23 févr. 1900.

VON EISELBERG. — *Deutsche Med. Wochenschrift* 1898 (In Roche, Paris, 1905).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 9 mai 1900, p. 525.

LEJARS. — *Société de Chirurgie*, 9 mai 1900, p. 529.

POTHERAT. — *Société de Chirurgie*, 9 mai 1900, p. 529.

WALTHER. — *Société de Chirurgie*, 9 mai 1900, p. 531.

BRUNET. — *Thèse de Paris*, 1900.

CHAVANNAZ. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, 28 juin 1900.

HEITZ et BENDER. — *Bulletin de la Société Anatomique*, nov. 1900.

SOULIGOUSE et DESCHAMPS. — *Société Anatomique*, mars 1901, p. 229.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et MAUBAN. — *Société Anatomique*, mars 1901, p. 241.

RENON et WIART. — *Société Anatomique*, fév. 1901, p. 112.

VIGNARD et GIRAudeau. — *Archives provinc. de chir.*, avril 1903.

MORESCO. — *In Roche, Thèse de Paris*, 1904.

MARTINAUD. — *Thèse de Bordeaux*, 1902.

GIRAudeau. — *Thèse de Paris*, 1903.

MAUCLAIRE. — *Revue de Gynécologie*, 1904.

AUDIER. — *Thèse de Lyon*, 1904.

ROCHE. — *Thèse de Paris*, 1905.

PRETZCH. — *In Fousseng*, Montpellier, 1908.

SMYTHE. — *Surgery Geny. and obstr.*, octobre 1906.

LEJARS. — *Semaine Médicale*, 1907, n° 7, p. 73.

FOUSSENQ. — *Thèse Montpellier*, 1908.

MATTRAITS. — *Thèse de Paris*, 1908.

MAUCLAIRE. — *Bulletin Médical*, 1910.

PERDRIZET. — *La Clinique*, 4 août 1911.

BARBONI. — *Thèse de Paris*, 1911.

HEDLEY. — *The Britisch Med. Journ.*, 11 nov. 1911.

KENDIRDJZ et SÉJOURNET. — *Revue de Chirurgie*, 1910 (Torsion et étranglement des séro-appendices épiploïques dans les sacs herniaires).

HEYRAUD. — *Thèse de Lyon*, 1912.

CERNEZZI. — La torsion du grand épiploon. Discussion à la Société de Chirurgie, 1900.

BARREAU. — *Thèse de Toulouse*, 1916.

BERGER. — *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, T. VI.

JABOULAY-PATEL. — Tomes XXV du *Nouveau Traité de Chirurgie*, p. 279.

AIMES. — *La Chirurgie du grand épiploon*, Montpellier, 1920.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
OBSERVATIONS	13
<i>Chapitre Premier.</i>	
Historique	19
<i>Chapitre II.</i>	
Etiologie	20
<i>Chapitre III.</i>	
Anatomie pathologique	23
<i>Chapitre IV.</i>	
Mécanisme	28
<i>Chapitre V.</i>	
Symptomatologie	33
<i>Chapitre VI.</i>	
Diagnostic	38
<i>Chapitre VII.</i>	
Pronostics, complications et suites opératoires.....	41
<i>Chapitre VIII.</i>	
Traitement	44
CONCLUSIONS	
BIBLIOGRAPHIE	49

